

بررسی وضعیت بهداشت روانی کارکنان اداری مرکز آموزش‌های هوایی شهید خضرای

*علیرضا دهباش^۱، معصومه طالبی^۲

چکیده

زمینه و هدف: بهداشت روانی که از پدیده‌های قرن حاضر است یعنی تأمین و حفظ سلامت روانی فرد و اجتماع به نحوی که فرد بتواند فعالیت روزمره خود را به خوبی انجام داده و با اطرافیان و محیط خود رابطه مناسب و منطقی برقرار نماید. هدف این مطالعه بررسی مشخصات فردی با بهداشت روانی در کارکنان اداری مرکز آموزش‌های هوایی شهید خضرای نیروی هوایی بود.

روش بررسی: این مطالعه پژوهشی از نوع همبستگی است. در این مطالعه به صورت تصادفی ۶۰ نفر از کارکنان اداری انتخاب شد. با استفاده از چک لیست بهداشت روانی که شامل دو بخش روانی و جسمانی بود مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌ها پس از ورود به کامپیوتر توسط نرم‌افزار آماري SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج بررسی نشان داد بین سن با بهداشت روانی رابطه معنی‌دار وجود دارد. همچنین بین میزان تحصیلات با بهداشت روانی رابطه معنی‌داری وجود دارد. بین سابقه کار با بهداشت روانی رابطه معنی‌داری وجود دارد. بین میزان درآمد با بهداشت روانی رابطه معنی‌داری وجود دارد. همچنین نتایج نشان داد بین دو گروه مجرد و متأهل در نمره کل بهداشت روانی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش نقش و اهمیت برخی عوامل تأثیرگذار بر بهداشت روانی در بین کارکنان اداری مرکز آموزش‌های هوایی شهید خضرای نهاجا را تأیید می‌نماید که با انجام پژوهش‌های دقیق‌تر می‌توان به شناسایی بیشتر عوامل مؤثر بر بهداشت روانی پرداخت و باعث ارائه راهکارهایی در جهت ارتقاء سطح بهداشت روانی کارکنان شد.

کلمات کلیدی: بهداشت روانی، کارکنان اداری، نظامی

مجله علمی ابن سینا / اداره بهداشت و درمان نهاجا (سال یازدهم، شماره اول، پاییز ۱۳۸۷، مسلسل ۲۹)

۱. کارشناس ارشد روانشناسی، معاونت بهداشت اداره

بهداشت و درمان نهاجا، دایره بهداشت روانی.

تلفن: ۳۹۹۵۴۱۸۹ (مؤلف مسؤول)

۲. کارشناس پرستاری، هنرستان بهیاری اداره بهداشت و درمان نهاجا

مقدمه

بهداشت روانی در مفهوم عام خود یعنی سلامت فکر و تعادل روانی و دارا بودن خصوصیات مثبت روانی و راه‌های دستیابی به سلامت فکر و روح که برای تعالی و تکامل فردی و اجتماعی انسان‌ها با پرداختن به آن روشن می‌شود [۱].

بهداشت روانی در یگان‌های نظامی به لحاظ اهمیت حفظ و ارتقای سلامت جسمانی و روانی پرسنل نظامی و بهره‌وری و افزایش توان رزمی نیروهای مسلح از اهمیت غیرقابل اجتنابی برخوردار می‌باشد. با پژوهش در زمینه بهداشت روانی کارکنان می‌توان با توجه به یافته‌های پژوهشی در جهت بهبود وضعیت و ارتقای روحیه کارکنان نظامی گام برداشت.

بهداشت روانی در ارتش به صورت گسترده با شروع جنگ شروع شد. تاریخ نشان می‌دهد نبردهای انسانی همواره تأثیرات منفی بر روی افرادی که آن را تجربه نموده‌اند داشته است. جنگ نه تنها باعث قطع عضو، معلولیت و آسیب جسمانی به وسیله سلاح‌های به کار برده شده توسط انسان می‌شود، بلکه به عنوان یک تجربه آسیب‌زای زندگی به روان شرکت‌کنندگان در جنگ نیز آسیب می‌رساند.

پرسنل نظامی به میزان زیادی طی شرکت در جنگ و عملیات‌های نظامی و مانورها، در معرض حوادث تروماتیک هستند [۱۲-۲].

طی دو دهه گذشته شواهد نشان داده است که توسعه عملیات‌های نظامی با افزایش اختلالات روانی و کاهش کیفیت زندگی همراه بوده است [۲ و ۷-۱۶].

در مطالعه‌ای که توسط دارن وند و همکارانش در ویتنام انجام شد، مشخص گردید که بین میزان حضور در عملیات‌ها و اختلالات روانی یک رابطه‌ی روز - پاسخ وجود دارد [۱۳]. به‌طور مشابه بیشتر مطالعات در ایالات متحده و بریتانیا که درباره‌ی عملیات‌های نظامی اخیر در عراق و افغانستان انجام شده است نیز نشان داده‌اند که بین گسترش نظامی‌گری و مشکلات بهداشت روان رابطه وجود دارد [۱۷-۱۹ و ۱۰۵].

البته این نگرانی در زمان صلح نیز وجود دارد که سبب تأثیر منفی روانی مثل افزایش دسترسی و رفتار خودکشی در پرسنل گشته است [۳۵-۲۰].

البته مطالعات متعددی نیز وجود دارند که رابطه‌ای را بین آمادگی نظامی در زمان صلح و استرس روانی نشان نداده‌اند [۳۶ و ۳۲].

در سال ۱۹۷۱، دکتر داکوستا پس از بررسی و ارزیابی سبب سرباز، ناشی از جنگ‌های انفصال، پدیده قلب تحریک‌پذیر را نامگذاری نمود؛ علایم این سندرم اساساً شامل تنگی نفس، تپش قلب و درد قفسه صدری و علایم دیگر شامل خستگی پذیری، سردرد، اسهال و اختلال خواب بود. داکوستا عامل این بیماری را در ۴۸ درصد موارد به یک بیماری عفونی، ۳۵ درصد موارد به وظایف سنگین نظامی و ۱۸ درصد به علل متفرقه نسبت می‌داد. علاوه بر این بیماری دیگری تحت عنوان غم غربت در این دوران تشخیص داده شد که با علایم بی‌احساسی شدید، ناراحتی، بی‌اشتهایی و تب همراه بود. علت این بیماری به عوامل روان شناختی نسبت داده می‌شد. در جنگ جهانی اول، علایم جنگ تحت عنوان سندرم تقلا و موج انفجار با نور سنگر نامگذاری گردید. در جنگ جهانی اول مشخص شد که اگر سربازان مبتلا به این اختلالات در نزدیکی خط مقدم نبرد مراقبت و درمان شوند می‌توانند به سرعت بازتوانی شده و بهبودی خود را به سرعت به‌دست آورند [۳۷].

در جنگ جهانی دوم علیرغم تلاش جهت غربال نمودن داوطلبان خدمت، حدود ۱۰۲ نفر از هر ۱۰۰۰ نفر مجروح، بیمار روان‌پزشکی بودند و بیشتر از بیماری رنج می‌بردند که تحت عنوان «خستگی نبرد» نامگذاری شد. علایم این بیماری شامل خستگی، تپش قلب، اسهال، سردرد، اختلال در تمرکز، فراموشی و اختلال خواب بود.

در جنگ ویتنام، علایم روان شناختی جنگ تحت عنوان اختلال استرس پس از ضربه نامگذاری گردید [۳۷]. و نهایتاً در آگوست ۱۹۹۰ و جنگ خلیج فارس، سندرمی تحت عنوان «سندرم خلیج فارس» معرفی شد. علایم این سندرم شامل

خستگی، سردرد، درد عضلات و مفاصل و دانه‌های پوستی بود. بعد از جنگ ویتنام، جامعه بهداشت روانی و متخصصان این رشته مجبور شدند ترومای بعد از نبرد را تشخیص دهند. مشکلات و ناراحتی‌های کهنه سربازان در خانه و جامعه مشکلات زیادی را جهت سازگاری آنها به وجود آورده بود. مهمترین این مشکلات عبارتند از: مشکلات در زمینه روابط فردی، صمیمیت و جامعه‌پذیری، سرد و فاقد هیجان بودن، پرخاشگری، انزوای اجتماعی، تحریک‌پذیری، مشکلات جنسی، مشکلات والدین و تربیت فرزند، اختلال در عملکرد، انسجام خانواده، بیان عواطف، کاهش خودافشایی [۳۸]. بررسی‌ها نشان داد تعداد زیادی از کهنه سربازان ویتنام تجربه تداوم مشکلات و ناسازگاری را دارند و بسیاری از آنها از خدمات سرویس‌های سنتی بهره نمی‌گیرند، لذا مرکزی تحت عنوان سرویس مشاوره سازگاری مجرد تأسیس گردید. هدف این مرکز در ابتدا کمک به سربازان بود تا تجارب مرتبط با جنگ را حل نمایند و سازگاری مجدد خود را در زندگی غیرنظامی به‌دست آورند.

به‌هر حال از آنجایی که پس از آموزش و پرورش، سازمان نیروهای مسلح پرجمعیت‌ترین سازمان کشور می‌باشد و با توجه به ساختار سازمانی ارتش که همواره با مأموریت‌های مختلف همراه می‌باشد اغلب فشارهای زیادی را بر افراد نظامی وارد می‌کند بدین جهت توجه به وضعیت بهداشت روانی کارکنان امری ضروری و اجتناب‌ناپذیر می‌باشد [۳۷] و شناخت و تجزیه و تحلیل این وضعیت به انجام پژوهش‌های علمی و آماری نیازمند است.

روش بررسی

پژوهش حاضر از جمله پژوهش‌های توصیفی پس رویدادی است به این دلیل که محقق متغیر مستقل را دستکاری نمی‌کند. از بین جامعه آماری کارکنان اداری مرکز آموزش‌های هوایی شهید خضایی شهر تهران ۶۰ نفر از کارکنان اداری به صورت نمونه‌گیری تصادفی به عنوان نمونه انتخاب شدند. بیش از ۷۵ پرسشنامه بین کارکنان توزیع شد. اما تعدادی از پرسش‌نامه‌ها به

پژوهشگر بازگردانده نشد و تعدادی مخدوش شده بود که در نهایت اطلاعات ۶۰ پرسشنامه تحلیل شد. ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش چک لیست بهداشت روانی (MHC) است که دو بخش روانی شامل اضطراب و تنش، بی‌قراری، ناآرامی، تنهایی، ناامیدی و خشم و جسمانی شامل سردرد، خستگی، اختلال خواب، سوء هاضمه و ترش کردن را می‌سنجد. در این پرسشنامه پاسخ‌ها به چهار طبقه بندرت، گهگاهی، اغلب و همیشه تقسیم شدند.

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS و روش‌های آماری توصیفی و تحلیلی از جمله ضریب همبستگی پیرسون و آزمون t استفاده گردید.

یافته‌ها

در مجموع ۶۰ نفر مورد بررسی قرار گرفتند. از این تعداد ۴۰ نفر دارای مدرک سیکل (۶۶/۷٪) ۶ نفر دیپلم، ۱ نفر فوق دیپلم و ۱۳ نفر لیسانس بودند. ۲۴ نفر از آنها مجرد (۴۰٪) و ۳۶ نفر (۶۰٪) متأهل بودند. میانگین سنی افراد $35/8 \pm 7/81$ بود (محدوده سنی ۲۳-۴۹ سال). میانگین سابقه کار $15/3 \pm 7/12$ سال (محدوده ۴-۴۶ سال) بود. میانگین، انحراف معیار، حداقل نمره و حداکثر نمره آزمودنی‌ها در متغیر تحصیلات در جدول شماره ۱ آمده است.

جدول ۱- شاخص‌های آماری براساس سطح تحصیلات

سطح تحصیلات	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
سیکل	۳۱/۳۰	۹/۷۸	۱۵	۴۱
دیپلم	۲۹/۵۰	۱۲/۱۷	۱۱	۴۳
فوق دیپلم	۲۱	۱	۲۱	۲۱
لیسانس	۱۸/۸۴	۵/۸۸	۱۲	۳۰

میانگین، انحراف معیار، واریانس، حداقل نمره و حداکثر نمره آزمودنی‌ها در متغیرهای نمره بُعد روانی و نمره بُعد جسمانی و نمره کل در جدول شماره ۲ آورده شده است.

بهداشت روانی در سطح پایین تری قرار خواهد گرفت، می توان نتیجه گرفت با افزایش سن، فرد در بُعد روانی نمره بالاتری می گیرد و از سطح مطلوب بهداشت روانی فاصله می گیرد.

براساس اطلاعات به دست آمده هر چقدر سن آزمودنی بالاتر می رود نمره بخش ب (بُعد جسمانی) نیز افزایش می یابد که نشان دهنده ضعف بهداشت روانی فرد است.

با توجه به داده های آماری، بین سن با نمره کل بهداشت روانی رابطه معنی دار مشاهده می شود. همانطوری که در جدول مربوطه مشاهده گردید ضریب همبستگی بین سن و نمره کل ۰/۵۶ گزارش شده است. در واقع با افزایش سن آزمودنی ها نمره کل بهداشت روانی نیز افزایش یافته است و نتیجه می گیریم هر چقدر سن بالاتر می رود از سطح مطلوب بهداشت روانی کاسته می شود.

با توجه به همبستگی به دست آمده ($r = -0.45$) نتیجه می گیریم در این پژوهش هر چقدر سطح تحصیلات فرد بالاتر باشد وضعیت بهداشت روانی فرد بهتر خواهد بود در واقع همبستگی به دست آمده ($r = -0.44$) بین تحصیلات و نمره الف (بُعد روانی) چنین موضوعی را تأیید می نماید.

براساس همبستگی به دست آمده ($r = -0.51$) بین دو متغیر تحصیلات و نمره ب (بُعد جسمانی) می توان نتیجه گرفت هر چقدر سطح تحصیلات فرد بالاتر باشد سطح سلامت روانی وی در نمره ب (بعد جسمانی) بهتر خواهد بود.

همچنین بر طبق همبستگی به دست آمده ($p = -0.49$) بین دو متغیر تحصیلات و نمره کل هر چقدر سطح تحصیلات فرد بالاتر باشد از نظر بهداشت روانی در سطح مطلوبتری قرار خواهد داشت.

با توجه به داده های آماری، بین درآمد با نمره الف (بعد روانی) رابطه معنی دار مشاهده می شود. همانطوری که در جدول مربوطه مشاهده گردید ضریب همبستگی بین درآمد و نمره الف (۰/۴۷-) گزارش شده است. بر این اساس می توان گفت هر چقدر درآمد فرد بالاتر باشد در بخش الف به لحاظ بهداشت روانی وضع مطلوبتری خواهد داشت.

جدول شماره ۲- شاخص های آماری در متغیرهای نمره بعد روانی، جسمانی و نمره کل

نمره	میانگین	انحراف معیار	واریانس	حداقل	حداکثر
نمره الف (بُعد روانی)	۱۵/۳۶	۶/۲۷	۳۲/۴۲	۶	۲۳
نمره ب (بُعد جسمانی)	۱۲/۸۸	۴/۴۶	۱۹/۹۳	۵	۲۰
نمره کل	۲۸/۲۵	۱۰/۴۷	۱۰۹/۷۸	۱۱	۴۳

میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر نمره، تعداد دو گروه مجرد و متأهل در نمره کل در جدول شماره ۳ آورده شده است.

جدول شماره ۳- شاخص های آماری براساس وضعیت تأهل

وضعیت تأهل	میانگین	انحراف معیار	واریانس	حداقل	حداکثر
مجرد	۲۶/۶۶	۱۱/۴۲	۱۲	۴۳	۲۴
متأهل	۲۹/۳۰	۹/۸۲	۱۱	۴۱	۳۶

بررسی رابطه ضریب همبستگی بین سن با نمره بُعد روانی ۰/۵۶ و بین سن با نمره بُعد جسمانی ۰/۵۵ و بین سن با نمره کل ۰/۵۶ بود که در سطح ۰/۰۱ معنی دار بود. همچنین ضریب همبستگی بین تحصیلات با نمره روانی $r = -0.45$ و بین تحصیلات با نمره جسمانی $r = -0.52$ و بین آن با نمره کل $r = 0.49$ بود که در سطح $p < 0.001$ معنی دار بود.

ضریب همبستگی بین درآمد با نمره روانی $r = -0.47$ و بین درآمد با نمره جسمانی $r = -0.30$ و بین درآمد با نمره $r = -0.41$ بود که در سطح $p < 0.001$ معنی دار بود.

همچنین ضریب همبستگی بین سابقه کار با نمره بعد روانی $r = 0.39$ و بین سابقه کار با نمره و بعد جسمانی $r = 0.47$ و بین سابقه کار با نمره کل $r = 0.44$ بود که در سطح $p < 0.001$ معنی دار بود.

بحث و نتیجه گیری

نتایج آزمون های آماری همبستگی نشان می دهد ضریب همبستگی بین سن با نمره الف (بُعد روانی) $r = 0.55$ می باشد که در سطح ۰/۰۰۱ معنی دار می باشد. بنابراین از آنجا که در چک لیست بهداشت روانی هر چقدر فرد نمره بالاتری بگیرد به لحاظ

با توجه به همبستگی به‌دست آمده ($r = -0.30$) بین دو متغیر درآمد و نمره ب (بُعد جسمانی) نتیجه می‌گیریم هر چقدر سطح درآمد فرد بالاتر باشد در بخش ب به لحاظ بهداشت روانی از وضع مطلوب‌تری برخوردار خواهد بود.

براساس اطلاعات به‌دست آمده از ضریب همبستگی ($r = -0.41$) بین دو متغیر درآمد و نمره کل نتیجه می‌گیریم که درآمد با سطح مطلوب بهداشت روانی رابطه مثبت دارد. ذکر این نکته ضروری است که در پرسشنامه این پژوهش فرد هر چقدر نمره بالاتری بگیرد به لحاظ بهداشت روانی در سطح پایین‌تری قرار خواهد گرفت.

نتیجه همبستگی به‌دست آمده ($r = 0.39$) بین دو متغیر سابقه کار و نمره الف (بُعد روانی) نشان می‌دهد که هر چقدر سابقه کار فرد بیشتر باشد سطح بهداشت روانی او بیشتر کاهش می‌یابد. از آنجا که همبستگی به‌دست آمده بین سابقه کار و نمره ب (بُعد جسمانی) $r = 0.47$ می‌باشد نتیجه می‌گیریم که هر چقدر سابقه کار فرد بیشتر باشد سطح بهداشت روانی او در بخش ب کاهش می‌یابد.

همچنین با توجه به همبستگی به‌دست آمده ($r = 0.44$) بین دو متغیر سابقه کار و نمره کل نتیجه می‌گیریم با بالا رفتن سابقه کار سطح بهداشت روانی کاهش می‌یابد. پرسنل نظامی به میزان زیادی طی شرکت در جنگ و عملیات‌های نظامی و مانورها به میزان زیادی در معرض حوادث تراماتیک هستند [۱۱-۱].

طی دو دهه‌ی گذشته شواهد نشان داده است که توسعه‌ی عملیات‌های نظامی با افزایش اختلالات روانی و کاهش کیفیت زندگی همراه بوده است [۱۵-۶ و ۱].

در مطالعه‌ای که توسط دارن‌وند و همکارانش در ویتنام انجام شد، مشخص گردید که بین میزان حضور در عملیات‌ها و اختلالات روانی یک رابطه‌ی روز-پاسخ وجود دارد [۱۲].

به‌طور مشابه بیشتر مطالعات در ایالات متحده و بریتانیا که درباره‌ی عملیات‌های نظامی اخیر در عراق و افغانستان انجام شده است نیز بین گسترش نظامی‌گری و مشکلات بهداشت روان رابطه وجود دارد [۱۸-۱۶ و ۹ و ۴].

البته این نگرانی در زمان صلح نیز وجود دارد که سبب تأثیر منفی روانی مثل افزایش دسترسی و رفتار خودکشی در پرسنل گشته است [۳۴-۱۹].

البته مطالعات متعددی نیز وجود دارند که رابطه‌ای را بین آمادگی نظامی در زمان صلح و دسترسی روانی نشان نداده‌اند [۳۷ و ۳۱].

عملیات‌های نظامی به سلامت جسمی و روانی نیاز دارند. در حالی که مشکلات حاد جسمی در جوانان و میانسالان که بدنه اصلی ارتش امریکا را تشکیل می‌دهند ناشایع هستند، مشکلات روانی در این گروه سنی شایع می‌باشند. مشکلات شایع مثل اختلالات خلقی و اضطرابی می‌تواند در انرژی، تمرکز، انگیزش و قضاوت پرسنل برای موفقیت در خدمت درارتش تداخل ایجاد کنند.

References

۱. اسلامی نسب، علی‌اصغر. روانشناسی سازگاری (۱۳۷۳). تهران، انتشارات چهر.
2. Bramsen I, Dirkzwager AJ, van der Ploeg HM. Predeployment personality traits and exposure to trauma as predictors of posttraumatic stress symptoms: a prospective study of former peacekeepers. *Am J Psychiatry*. 2000;157(7):1115-1119.
3. Prigerson HG, Maciejewski PK, Rosenheck RA. Population attributable fractions of psychiatric disorders and behavioral outcomes associated with combat exposure among US men. *Am J Public Health*. 2002;92(1):59-63.
4. Prigerson HG, Maciejewski PK, Rosenheck RA. Combat trauma: trauma with highest risk of delayed onset and unresolved posttraumatic stress disorder symptoms, unemployment, and abuse among men. *J Nerv Ment Dis*. 2001;189(2):99-108.

5. Hoge CW, Auchterlonie JL, Milliken CS. Mental health problems, use of mental health services, and attrition from military service after returning from deployment to Iraq or Afghanistan. *JAMA*. 2006;295(9):1023-1032.
6. Killgore WD, Stetz MC, Castro CA, Hoge CW. The effects of prior combat experience on the expression of somatic and affective symptoms in deploying soldiers. *J Psychosom Res*. 2006;60(4):379-385.
7. Asmundson GJG, Stein MB, McCreary DR. Posttraumatic stress disorder symptoms influence health status of deployed peacekeepers and nondeployed military personnel. *J Nerv Ment Dis*. 2002;190(12):807-815.
8. Litz BT, King LA, King DW, Orsillo SM, Friedman MJ. Warriors as peacekeepers: features of the Somalia experience and PTSD. *J Consult Clin Psychol*. 1997;65(6):1001-1010.
9. Mehlum L, Weisaeth L. Predictors of posttraumatic stress reactions in Norwegian U.N. peacekeepers 7 years after service. *J Trauma Stress*. 2002;15(1):17-26.
10. Hoge CW, Castro CA, Messer SC, McGurk D, Cotting DI, Koffman RL. Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care. *N Engl J Med*. 2004;351(1):13-22.
11. Kimerling R, Clum GA, Wolfe J. Relationships among trauma exposure, chronic posttraumatic stress disorder symptoms, and self-reported health in women: replication and extension. *J Trauma Stress*. 2000;13(1):115-128.
12. Schnurr PP, Spiro A III, Aldwin CM, Stukel TA. Physical symptom trajectories following trauma exposure: longitudinal findings from the normative aging study. *J Nerv Ment Dis*. 1998;186(9):522-528.
13. Dohrenwend BP, Turner JB, Turse NA, Adams BG, Koenen KC, Marshall R. The psychological risks of Vietnam for U.S. veterans: a revisit with new data and methods. *Science*. 2006;313(5789):979-982.
14. Vasterling JJ, Proctor SP, Amoroso P, Kane R, Heeren T, White RF. Neuropsychological outcomes of army personnel following deployment to the Iraq war. *JAMA*. 2006;296(5):519-529.
15. Pitman RK. Combat effects on mental health: the more things change, the more they remain the same. *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63(2):127-128.
16. Pizarro J, Silver RC, Prause J. Physical and mental health costs of traumatic war experiences among Civil War veterans. *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63(2):193-200.
17. Axelrod BN. Interpreting symptoms in military personnel after combat. *Lancet*. 2006;367(9524):1709-1710.
18. Horn O, Hull L, Jones M, Murphy D, Browne T, Fear NT, Hotopf M, Rona RJ, Wessely S. Is there an Iraq war syndrome? comparison of the health of UK service personnel after the Gulf and Iraq wars. *Lancet*. 2006;367(9524):1742-1746.
19. Hotopf M, Hull L, Fear NT, Browne T, Horn O, Iversen A, Jones M, Murphy D, Bland D, Earnshaw M, Greenberg N, Hughes JH, Tate AR, Dandeker C, Rona R, Wessely S. The health of UK military personnel who deployed to the 2003 Iraq war: a cohort study. *Lancet*. 2006;367(9524):1731-1741.
20. Bartone PT, Adler AB, Vaitkus MA. Dimensions of psychological stress in peacekeeping operations. *Mil Med*. 1998;163(9):587-593.
21. Birenbaum R. Peacekeeping stress prompts new approaches to mental-health issues in Canadian military. *CMAJ*. 1994;151(10):1484-1489.
22. Ehlich PJ, Roemer L, Litz RT. PTSD after a peacekeeping mission. *Am J Psychiatry*. 1997;154(9):1319-1320.

23. Hall DP Jr. Peacekeeping duty and PTSD. *Am J Psychiatry*. 1997;154(10):1482-1483.
24. Han CS, Kim YK. Psychiatric symptoms reported by international peacekeeping personnel in the Western Sahara Desert. *J Nerv Ment Dis*. 2001;189(12):858-860.
25. Hansen-Schwartz J, Jessen G, Andersen K, Jorgensen HO. Suicide after deployment in UN peacekeeping missions: a Danish pilot study. *Crisis*. 2002;23(2):55-58.
26. Litz BT, Orsillo SM, Friedman M, Ehlich P, Batres A. Posttraumatic stress disorder associated with peacekeeping duty in Somalia for U.S. military personnel. *Am J Psychiatry*. 1997;154(2):178-184.
27. Maguen S, Litz BT, Wang JL, Cook M. The stressors and demands of peacekeeping in Kosovo: predictors of mental health response. *Mil Med*. 2004;169(3):198-206.
28. Michel PO, Lundin T, Larsson G. Stress reactions among Swedish peacekeeping soldiers serving in Bosnia: a longitudinal study. *J Trauma Stress*. 2003;16(6):589-593.
29. Orsillo SM, Roemer L, Litz BT, Ehlich P, Friedman MJ. Psychiatric symptomatology associated with contemporary peacekeeping: an examination of post-mission functioning among peacekeepers in Somalia. *J Trauma Stress*. 1998;11(4):611-625.
30. Schumm WR, Bell DB, Gade PA. Effects of a military overseas peacekeeping deployment on marital quality, satisfaction, and stability. *Psychol Rep*. 2000;87(3, pt 1):815-821.
31. Seet B, Burnham GM. Fatality trends in United Nations peacekeeping operations, 1948-1988. *JAMA*. 2000;284(5):598-603.
32. Shigemura J, Nomura S. Mental health issues of peacekeeping workers. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2002;56(5):483-491.
33. Thoresen S, Mehlum L, Moller B. Suicide in peacekeepers: a cohort study of mortality from suicide in 22,275 Norwegian veterans from international peacekeeping operations. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2003;38(11):605-610.
34. Ward W. Psychiatric morbidity in Australian veterans of the United Nations peacekeeping force in Somalia. *Aust N Z J Psychiatry*. 1997;31(2):184-193.
35. Zimmerman G, Weber W. Care for the caregivers: a program for Canadian military chaplains after serving in NATO and United Nations peacekeeping missions in the 1990s. *Mil Med*. 2000;165(9):687-690.
36. Wong A, Escobar M, Lesage A, Loyer M, Vanier C, Sakinofsky I. Are UN peacekeepers at risk for suicide. *Suicide Life Threat Behav*. 2001;31(1):103-112.

۳۷. دباغی، پرویز. طرح ایجاد وادغام مراکز مشاوره روانشناسی در خدمات بهداشت عمومی یگان‌ها، ف بهدا پ آجا(۱۳۸۳).

۳۸. محتشمی، جمیله و همکاران. بهداشت روان ۱ (۱۳۸۲). تهران: نشر سالمی.

Study of mental health in the office employees of the Shahid Khazraei military educational center

Dehbash A¹, Talebi M²

Abstract

Background: Mental health is currently one the much debated issues. It aims at keeping the personal and social psyche safe and healthy such that the everyday job is done with the highest degree of efficiency and the subject has good interrelations with the society about him or her. The purpose of this study was thus to compare the personal specifications with the mental health in the office employees of the Shahid Khazraei military education center of the Islamic Republic of Iran Air Force.

Materials and Methods: This research was a correlation study, in which 60 of the office personnel where chosen randomly and forms of mental health containing physical and psychological fields were distributed between them. Data were analyzed by the SPSS software.

Results: The results revealed that there was a statistically significant relation between age, education, duration of service and income with mental health of an office employee. The study also revealed that the marital status of the employee has no significant effect on the mental health.

Conclusion: We found some of the effective parameters on the mental health of the office employees in the Shahid Khazraei military educational center, by applying the results obtained there is hope for a higher quality of mental health and thus a higher quality in work.

keyword: Mental health, Office employee, military

1. MSc in Psychology, IRIAF Health Administration.Tel:+9821-39954189
(*Corresponding Author)

2. BSc in Nursing, IRIAF Health Administration